

**MULTIPLE DEPENDENT CLAIM
FEE CALCULATION SHEET
(FOR USE WITH FORM PTO-875)**

SERIAL NO. _____

FILING DATE _____

APPLICANT(S) _____

CLAIMS

	AS FILED		AFTER 1st AMENDMENT		AFTER 2nd AMENDMENT	
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
TOTAL IND.						
TOTAL DEP.						
TOTAL CLAIMS						

	*		*		*	
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.
51						
52						
53						
54						
55						
56	/					
57	/					
58	/					
59	/					
60	/					
61	/					
62)					
63)					
64)					
65)					
66)					
67)					
68)					
69)					
70)					
71)					
72)					
73)					
74)					
75)					
76)					
77)					
78)					
79)					
80)					
81)					
82)					
83)					
84)					
85)					
86)					
87)					
88)					
89)					
90)					
91)					
92)					
93)					
94)					
95)					
96)					
97)					
98)					
99)					
100)					
TOTAL IND.	4					
TOTAL DEP.	4					
TOTAL CLAIMS	45					

* MAY BE USED FOR ADDITIONAL CLAIMS OR AMENDMENTS